



DELRAPPORT

GAP-ANALYS I JÄMTLAND HÄRJEDALEN

GÄLLANDE

SAMSIJKLIGHETSUTREDNINGEN

2025-09-19

Innehåll

1. Inledning	4
1.1. Förkortningar	5
1.2. Rapportens struktur.....	6
2. Bakgrund.....	6
2.1. Delrapport GAP-analys	6
2.2. Uppdraget i sin helhet	6
3. Förtydligande av begrepp.....	8
3.1. Samsjuklighet.....	8
3.2. Skadligt bruk och beroende	8
3.3. Primärvård	9
4. Underlag som ingått i arbetet	9
4.1. Reformens 10 bärande delar och målbilder ur ett patient- och brukarperspektiv	9
5. Kartläggning av GAP:et.....	11
5.1. All behandling av skadligt bruk och beroende ska vara ett ansvar för regionernas hälso- och sjukvård.....	11
5.1.1. Nulägesbild.....	12
5.1.2. Aktuellt utbud och resurser för stöd och behandlingsinsatser som idag kan erbjudas personer i länet i kommunal regi.....	14
5.1.3. Aktuellt utbud och resurser för stöd och behandlingsinsatser som idag kan erbjudas personer i länet i regionens regi	15
5.1.4. GAP och önskade utvecklingsområden	16
5.2. Behandling för skadligt bruk och beroende ska ges samordnat med behandling för andra psykiatriska tillstånd	18
5.2.1. Nulägesbild.....	18
5.2.2. GAP och önskade utvecklingsområden	19
5.3. Sprututbyte ska utvecklas till lågtröskelmottagningar som främjar fysisk och psykisk hälsa och alla regioner ska erbjuda sådan verksamhet.....	21
5.3.1. Nulägesbild.....	21
5.3.2. GAP och önskade utvecklingsområden	22
5.4. Uppsökande och andra förebyggande insatser, social trygghet med fokus på funktionsförmåga, resurser och möjligheter till ett självständigt liv, anhörigstöd, samt insatser till barn och unga ska vara ett fortsatt och förtydligat uppdrag för socialtjänsten.	23
5.4.1. Nulägesbild i länets kommuner.....	25
5.4.2. GAP och önskade utvecklingsområden	26
5.5. Regioners hälso- och sjukvårdsansvar ska gälla för alla som är placerade utanför det egna hemmet	27
5.5.1. Nulägesbild.....	28
5.5.2. GAP och önskade utvecklingsområden	29

5.6. En samordnad vård- och stödverksamhet för de med stora samordningsbehov ska finnas överallt och bedrivs gemensamt av hälso- och sjukvård och socialtjänst. .	30
5.6.1. Nulägesbild	31
5.6.2. GAP och önskade utvecklingsområden	32
5.7. Tillgången till personliga ombud ska öka för personer med samsjuklighet.....	33
5.7.1. Nulägesbild	34
5.7.2. GAP och önskade utvecklingsområden	34
5.8. Ett program för förstärkt brukarinflytande och minskad stigmatisering ska bedrivs tillsammans med patient-, brukar- och anhörigorganisationer.	35
5.8.1. Nulägesbild	36
5.8.2. GAP och önskade utvecklingsområden	37
5.9. Sammanhållen uppföljning av området skadligt bruk och beroende ska ske utifrån målbilder som tagits fram tillsammans med personer med samsjuklighet och anhöriga.	38
5.9.1. Nulägesbild	39
5.9.2. GAP och önskade utvecklingsområden	39
5.10. En behovsanpassad tvångsvårdslagstiftning där hälso- och sjukvården ansvarar för tvångsvård för skadligt bruk och beroende ska utformas.....	39
5.10.1. Nulägesbild	40
5.10.2. GAP och önskade utvecklingsområden	40
6. Slutord	41

1. Inledning

Personer som ökar sitt intag av alkohol, droger eller beroendeframkallande läkemedel har en förhöjd risk att utveckla ett skadligt bruk och beroende. Det gäller även personer som har ett skadligt bruk och beroende gällande spel om pengar. Skadligt bruk kan i sin tur medföra att personer utvecklar olika psykosociala, psykiatriska och somatiska besvär. Omvänt har patientgruppen med psykiatriska tillstånd en större risk än övriga befolkningen att utveckla ett skadligt bruk och beroende.

I många fall har personen med ett beroende ett stort behov av stöd och behandlingsinsatser från både kommun och region. Det finns stora utmaningar att uppnå en god samordning av vård och stödinsatser för dessa personer. Insatser som bygger på en personcentrerad vård nära personerna är viktiga att kunna erbjuda för att de ska ha en möjlighet att komma ur sitt skadliga bruk eller beroende och påbörja sin förändringsprocess.

Denna kartläggning avser den nationella utredningen *Från delar till helhet*, även kallad Samsjuklighetsutredningen. Samsjuklighetsutredningen är en reform för samordnade, behovsanpassade och personcentrerade insatser till personer med samsjuklighet. Utredningen föreslår att regionernas hälso- och sjukvård ska ansvara för all behandling av skadligt bruk och beroende, även för personer utan samsjuklighet och i alla åldrar. Syftet med förtydligandet av hälso- och sjukvårdens ansvar är främst att skapa förutsättningar för att hålla ihop behandlingen av alla psykiatriska tillstånd inklusive skadligt bruk och beroende.

Det förändrade huvudmannskapet innebär att socialtjänstens uppdrag renodlas och får ett tydligare fokus på förebyggande insatser och socialt stöd gällande boende, sysselsättning, försörjning och socialt nätverk. Socialtjänsten har också kvar det yttersta ansvaret för att barn och unga ska växa upp under goda och trygga förhållanden.

Samsjuklighetsutredningen (S 2020:08) har lämnat två betänkanden (SOU 2021:93 och SOU 2023:5). Utredningen föreslår där att reformen ska genomföras stegvis under en femårsperiod. Det finns ännu inte något tydligt tidsperspektiv för processen, men SKR rekommenderar att kommuner och regioner påbörjar arbetet omgående.

2025-01-17 fattade Regeringen ett beslut om att inrätta en delegation, Samsjuklighetsdelegationen. I uppdraget ingår att ta fram en plan för reformens genomförande, analysera Samsjuklighetsutredningens förslag och lämna förslag på vilka eventuella ändringar eller kompletteringar av dessa som krävs, ta fram nya och kompletterande konsekvensanalyser samt föra dialog med berörda aktörer i reformarbetet.

Uppdraget ska delredovisas senast den 31 mars 2025 respektive den 31 mars 2026. Uppdraget ska slutredovisas senast den 15 december 2027.

Samsjuklighetsutredningen går helt i linje med Nära vård och ny socialtjänstlag.



1.1. Förkortningar

I rapporten förekommer ett antal förkortningar och för att underlätta för läsare kommer nedan en kortare sammanfattning och beskrivning av dessa:

ANDT - Alkohol, narkotika, dopning och tobak: En regeringsstrategisk samhällssatsning för att minska skador och förekomst av narkotika och dopning.

BUP - Barn- och ungdomspsykiatri

DSM-5 – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Det är ett system för att kategoriska psykiatriska sjukdomar och tillstånd.

HSL - Hälso- och sjukvårdslag (2017:30)

HVB - Hem för vård och boende. Verksamhet som bedriver behandling eller är inriktad på omvårdnad, stöd eller fostran.

ICD-10 – International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems – Det är i likhet med DSM-5 också ett system för att kategorisera sjukdomar och relaterade hälsoproblem.

LARO - Läkemedelsassisterad rehabilitering av opioidberoende

LRV - Lag (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård

LPT- Lag (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård

LVM - Lag (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall

SIP - Samordnad individuell plan

SoL - Socialtjänstlag (2001:453) och socialtjänstlag (2025:000)

SiS - Statens institutionsstyrelse. Bedriver hem för vård och boende med individuellt anpassad tvångsvård och behandling av ungdomar med allvarliga psykosociala problem och vuxna med missbruksproblem. De tar även emot ungdomar dömda till slutna ungdomsvård.

STAR – SamverkansTeam för Arbetslivsinriktad Rehabilitering

SÄBO – Särskilda boenden

TNE – Tillnyktringsenhet

1.2. Rapportens struktur

Rapporten utgår från reformens 10 bärande delar där varje del beskrivs i ett eget avsnitt. Varje avsnitt inleds med en beskrivning av reformförslaget följt av NU-läget i länet baserat på enkätsvar och dialoger med referenspersoner och referensgrupper. Därefter kommer en redogörelse av GAP:et och önskade utvecklingsområden vilket sammanfattas i blå rutor.

2. Bakgrund

Samsjuklighetsutredningen föreslår att regionernas hälso- och sjukvård ska ansvara för all behandling av skadligt bruk och beroende. Det förändrade huvudmannskapet innebär att socialtjänstens uppdrag renodlas och får ett tydligare fokus på förebyggande insatser och socialt stöd gällande boende, sysselsättning, försörjning och socialt nätverk. Socialtjänsten har fortsatt det yttersta ansvaret för att barn och unga ska växa upp under goda och trygga förhållanden.

Reformen består av tio bärande delar. I denna rapport redovisas respektive del under rubriken resultat tillsammans med en nulägesbild och förslag på utvecklingsområden som länet kan börja arbeta med.

Samsjuklighetsutredningen har även konkretiserat tio målbilder som är viktiga ur ett patient- och brukarperspektiv. Dessa målbilder bör vara vägledande i detta uppdrag och i kommande beslut på området.

2.1. Delrapport GAP-analys

I denna delrapport redovisas främst den GAP-analys av NU-läget som gjorts med utgångspunkt från utredningens förslag. Delrapporten är ett första steg i att arbeta vidare i verksamheterna med att prioritera och planera arbetet framåt. Det arbetet kommer sedan att ligga till grund för den uppdaterade Länsöverenskommelsen.

2.2. Uppdraget i sin helhet

För att kunna erbjuda hjälpsökande personer i Jämtland Härjedalen en personcentrerad vård inom området skadligt bruk och beroende i enlighet med förslagen i samsjuklighetsutredningen beslutade SVOM om ett politiskt direktiv gemensamt till Region Jämtland Härjedalen och Kommunförbundet Jämtland Härjedalen.

Målsättningen med arbetet har varit att presentera en utvecklingsplan för samordnade, behovsanpassade och personcentrerade insatser till personer med samsjuklighet samt komma med förslag till ny länsöverenskommelse.

Uppdraget består av att nyttja avsatta medel från Överenskommelse psykisk hälsa och suicidprevention för att tillsätta 100% resurs för att;

- Ta reda på NU-läget i länet avseende den vård och behandling som finns idag för personer med skadligt bruk och beroende och psykisk ohälsa.
- Identifiera GAP och föreslå åtgärder för utveckling av beroendevård i länet i enlighet med samsjuklighetsutredningens förslag.
- Föreslå uppdatering av länsöverenskommelse mellan Region Jämtland Härjedalen och länets kommuner i nuläget benämnd Riskbruk, missbruk och beroende utifrån ovanstående.

Uppdraget är uppdelat i 2 olika steg

Steg 1

Presentera rapport innefattande nedanstående punkter.

- Omvärldsbevakning gällande liknande arbeten nationellt.
- Kartläggning och inventering av aktuella behovsgrupper (antal patienter/klienter, berörd verksamhet).
- Kartläggning och beskrivning av aktuellt utbud och resurser för stöd och behandlingsinsatser som idag kan erbjudas invånare i länet av de ansvariga huvudmännen som består av åtta kommuner samt regionen.
- Kartläggning av aktuella privata behandlingshem, inom och utanför länet, som anlitas, vad de erbjuder och hur mycket insatser (vård, stöd och behandling) länets kommuner och regionen köper från dem.
- Kartläggning och inventering av eventuella brister i utbudet av vård, stöd och behandlingsinsatser (intern och externt) – GAP-analys
- Redovisning av kartläggning och inventering gällande förekomst av droger och drogmönster i länet.

Slutrapporten ska innehålla en GAP-analys och ligga till grund för ny länsöverenskommelse gällande skadligt bruk och beroende samt utvecklingsplan.

Steg 2

Förslag till ny länsöverenskommelse

- Förslag till åtgärder utifrån lokala/regionala förutsättningar med mål att tillgodose jämlik vård och stöd över hela länet. Kan gälla exempelvis utökning/förändring av insatser gällande vård, stöd och behandling samt alternativa samarbetsformer.
- Förslag till utvecklingsplan för genomförande av åtgärder inklusive stöd för upprättande av lokala samarbetsrutiner, samt informations, utbildnings och uppföljningsplan.

3. Förtydligande av begrepp

Nedan följer en precisering av begreppen samsjuklighet och skadligt bruk och beroende och hur de använts i rapporten.

3.1. Samsjuklighet

Det finns idag ingen enhetlighet när det gäller definitionen av begreppet samsjuklighet. Samsjuklighetsutredningens definition innefattar personer som uppfyller diagnoskriterier i ICD-10 för skadligt bruk eller beroende alternativt substansbrukssyndrom i DSM-5, och en annan psykiatrisk diagnos, men diagnosen måste inte ha ställts. Även personer som aldrig haft kontakt med hälso- och sjukvården eller andra samhällsaktörer kan innefattas.

Rapporten utgår från den definition av begreppet samsjuklighet som återfinns inom den nationella överenskommelsen gällande psykisk hälsa. Här definieras samsjuklighet som att *en person har två eller flera hälsoproblem samtidigt*. De målgrupper som nämns är personer med missbruk eller beroende och personer med psykisk ohälsa där problematiken finns i en kombination.

3.2. Skadligt bruk och beroende

Skadligt bruk och beroende är de begrepp som ingår i nuvarande version av det diagnossystem som främst används inom hälso- och sjukvården.

Enligt diagnossystemet innebär *skadligt bruk* ett bruk som *skadar hälsan*. Skadan kan vara fysisk eller psykisk. Av den engelskspråkiga versionen av diagnossystemet framgår att skadan kan inkludera försämrad omdömesförmåga eller dysfunktionellt beteende, som kan leda till funktionsnedsättning eller ha negativa konsekvenser på interpersonella relationer. Givet detta, och att hälsa ofta definieras som ett tillstånd av fullständigt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande, kan skadligt bruk också sägas inkludera sociala konsekvenser.

Beroende är när den egna viljan inte längre räcker för att styra intaget och innebär även en försämrad funktion fysiskt, psykiskt och socialt. Vid diagnosen beroende ska tre av följande sex kriterier vara uppfyllda:

- 1) stark längtan efter drogen,
- 2) svårighet att kontrollera intaget,
- 3) fortsatt användning trots skadliga effekter,
- 4) prioritering av droganvändning är högre än andra aktiviteter och förpliktelser,
- 5) ökad tolerans, och
- 6) fysiska abstinenssymtom.

Spelberoende karakteriseras enligt diagnossystemet av frekventa och upprepade spelepisoder som dominerar patientens liv på bekostnad av sociala, arbetsmässiga eller familjemässiga förpliktelser.

I samsjuklighetsutredningen används benämningen skadligt bruk och beroende. Även i den nya socialtjänstlagen har förändringar gjorts och den är nu uppdaterad från missbruk till skadligt bruk och beroende.

3.3. Primärvård

Enkäter har skickats ut till samtliga primärvårdsområden inom både kommunal och regional regi. De enkätsvar som inkommit är dock i huvudsak från regional primärvård med några få undantag. Med anledning av det används ordet primärvård för att beskriva den regionala primärvårdens nuläge då underlaget från kommunal primärvård är för litet för att kunna dra några slutsatser.

4. Underlag som ingått i arbetet

- Från delar till helhet – En reform för samordnade, behovsanpassade och personcentrerade insatser till personer med samsjuklighet (SOU 2021:93)
- Framtidens socialtjänst (SOU 2020:47)
- God och Nära vård (SOU 2021:6)
- Enkäter till professionen och till brukarna
- Omvärldsbevakning nationellt
- Referenssamtal inom och utom länet

4.1. Reformens 10 bärande delar och målbilder ur ett patient- och brukarperspektiv

Samsjuklighetsutredningen är en reform som består av 10 bärande delar och under arbetets gång har man även konkretiserat de målbilder som är viktiga ur ett patient- och brukarperspektiv. Reformens 10 bärande delar i kombination med patienternas/brukarnas målbilder är vägledande i uppdraget och har legat som grund i kartläggningen och bör även vara det i kommande beslut på området.

Reformens 10 bärande delar

1. All behandling av skadligt bruk och beroende ska vara ett ansvar för regionernas hälso- och sjukvård.	6. En samordnad vård- och stödverksamhet för de med stora samordningsbehov ska finnas överallt och bedrivs gemensamt av hälso- och sjukvård och socialtjänst.
2. Behandling för skadligt bruk och beroende ska ges samordnat med behandling för andra psykiatriska tillstånd.	7. Tillgången till personliga ombud ska öka för personer med samsjuklighet
3. Sprututbyte ska utvecklas till lågtröskelmottagningar som främjar fysisk och psykisk hälsa och alla regioner ska erbjuda sådan verksamhet.	8. Ett program för förstärkt brukar- inflytande och stigmatisering ska bedrivs tillsammans med patient-, brukar- och anhörig-organisationer.
4. Uppsökande och andra förebyggande insatser, social trygghet med fokus på funktionsförmåga, resurser och möjligheter till ett självständigt liv, anhörigstöd, samt insatser till barn och unga ska vara ett fortsatt förtydligt uppdrag för socialtjänsten	9. Sammanhållen uppföljning av områden skadligt bruk och beroende ska ske utifrån målbilder som tagits fram tillsammans med personer med samsjuklighet och anhöriga.
5. Regionerna ska ta ansvar för hälso- och sjukvårdsinsatser på hem för vård eller boende (HVB).	10. En behovsanpassad tvångsvårdslagstiftning där hälso- och sjukvården ansvarar för tvångsvård för skadligt bruk och beroende ska utformas. Utformningen ska ske utifrån den analys utredningen presenterar i betänkandet.

De blå områdena avser de områden som främst kommer vara ett ansvar för regionen. De gula är det som främst är kommunernas ansvar. De gröna är där ansvaret är fördelat på både region och kommun.

Målbilder ur ett patient- och brukarperspektiv

Målbilder för vård och stöd ur ett patient- och brukarperspektiv			
	Tidig hjälp med psykisk ohälsa och missbruk		Bli lyssnad på, få förståelse och bli behandlad med samma respekt som andra
	Stöd och vård som är lätt att hitta, komma i kontakt med och som är tillgänglig när jag behöver den		Bli stärkt i min egen förmåga att hantera min situation och ha inflytande över min vård och omsorg
	Tillgång till fungerande behandling och möjlighet att välja utifrån det som passar mig		En fungerande vardag och ett meningsfullt sammanhang
	Stöd och vård som hänger ihop med en helhet		En person som jag kan lita på och som följer med i hela processen
	Inte bli utestängd från stöd och vård och få hjälp med både beroende och psykisk ohälsa		Att vården och omsorgen lyssnar på, involverar och ger stöd till mitt nätverk

5. Kartläggning av GAP:et

5.1. All behandling av skadligt bruk och beroende ska vara ett ansvar för regionernas hälso- och sjukvård.

Utredningen föreslår att regionernas hälso- och sjukvård ensamt får ansvar för all behandling av skadligt bruk och beroende och att det ska framgå av hälso- och sjukvårdslagen. Förslaget är inte avgränsat till personer med samsjuklighet, utan omfattar alla med skadligt bruk eller beroende, i alla åldersgrupper.

Med behandling avses åtgärder som syftar till att förebygga ohälsa eller bevara eller förbättra den enskildes hälsotillstånd. Exempel på behandling är läkemedelsbehandling, medicinteknisk behandling, funktions- och aktivitetsträning, manuell behandling, psykologisk och psykosocial behandling och förebyggande behandling.

Regionerna har redan i dag ett ansvar för behandling av skadligt bruk och beroende, men utredningen föreslår att detta ansvar förtydligas. Syftet med förtydligandet av hälso- och sjukvårdens ansvar är främst att skapa förutsättningar för att hålla ihop behandlingen av alla psykiatriska tillstånd inklusive skadligt bruk och beroende, oavsett om behandlingen sker med läkemedel, psykologiska, psykosociala eller andra behandlingsmetoder.

Skadligt bruk och beroende är tillstånd som kan diagnostiseras enligt vedertagna medicinska diagnossystem och som kan behandlas med metoder som utvecklats och utvärderats utifrån dessa diagnostiska kriterier. Liksom flera andra sådana tillstånd kan de i många fall behandlas med såväl läkemedel som psykologiska och psykosociala behandlingsmetoder.

Stegvis vård handlar om att anpassa behandlingens intensitet efter patientens behov av vård. Stegvis vård innefattar alla nivåer: förebyggande och främjande, egenvård, råd, stöd och behandling. Samsjuklighetsutredningen gör bedömningen att en sådan struktur för stegvis vård särskilt behöver beskriva omhändertagandet vid skadligt bruk och beroende, och att både primärvården och den specialiserade psykiatriska vården i större utsträckning behöver uppmärksamma riskbruk, skadligt bruk och beroende hos de patienter de möter.

Det är viktigt att betona samarbete och kontinuitet i vården vid organiseringen av stegvis vård. Genom att säkerställa att olika vårdnivåer samarbetar och kommunicerar effektivt kan en person med skadligt bruk och beroende få en sömlös och samordnad vårdupplevelse.

Primärvården ska svara för behovet av medicinsk bedömning och behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering som inte kräver särskilda medicinska eller tekniska resurser eller annan särskild kompetens. Primärvården

ska vara navet i vården och samspela med annan hälso- och sjukvård och med socialtjänsten.

Primärvården är en viktig del av vården utifrån sitt helhetsperspektiv och möjligheten till en kontinuitet i kontakten. Primärvården kan spela en viktig roll vid skadligt bruk och beroende genom att möta en stor del av befolkningen samt finnas tillgänglig nära geografiskt. Primärvården kan även upplevas som en mindre stigmatiserande ingång och en fast vårdkontakt som man har förtroende för kan göra det lättare att våga ta upp svåra frågor. Samsjuklighetsutredningens förslag innebär inte direkt nya åtaganden för primärvården, utan mer ett förtydligande av uppdraget.¹

5.1.1. Nulägesbild

Idag ligger det mesta av de psykosociala behandlingsinsatserna inom kommunernas socialtjänst. Det finns samverkan mellan hälsocentralerna och socialtjänsten redan idag, främst på individnivå, men den fungerar olika bra i de olika kommunerna i länet. Det finns därför anledning att titta på hur samverkan redan nu kan intensifieras och verksamheterna närma sig varandra på ett mer systematiskt sätt.

Resultaten i kartläggningen indikerar att så gott som alla verksamheter inom kommunerna och inom regionen möter personer med samsjuklighet och att särskilda diagnoser – som alkohol- och narkotikaberoende, blandmissbruk och spel om pengar – är vanligt förekommande i målgruppen. Samtidigt varierar användningen av strukturerade screeningsformulär; AUDIT och DUDIT är de mest använda, men många verksamheter förlitar sig fortfarande på samtal och professionell bedömning snarare än standardiserade verktyg, särskilt gällande spel och läkemedelsrelaterade tillstånd.

Ur ett invånarperspektiv så identifierar flera av de svarande i vår undersökning en brist på kunskap kring psykisk ohälsa inom primärvården och upplevd stigmatisering, vilket ibland leder till negativt bemötande.

När det kommer till behandling med läkemedel och förskrivning av beroendeframkallande läkemedel i länet så ligger Jämtland högst gällande uthämtade recept på opioider i samtliga åldersgrupper. Både män och kvinnor ligger högre jämfört med övriga landet. Förskrivningen av opioider inom slutenvården ligger dock betydligt lägre (i mitten). Vid samtal med läkemedelsansvarig läkare visar det sig vara en långvarig kulturfråga gällande förskrivning av beroendeframkallande läkemedel både från läkare och personer boende i länet. Förskrivningar i länet har sänkts senaste åren men det har även resten av landet gjort, så av den anledningen ligger länet fortfarande högt.

¹ Från delar till helhet – En reform för samordnade, behovsanpassade och personcentrerade insatser till personer med samsjuklighet (SOU 2021:93) s. 300 --

Av bilderna nedan kan vi se hur länet ligger till jämfört med landet i övrigt samt att när data tas ut specifikt för gruppen 75 år och äldre så är skillnaderna ännu större. Jämtland ligger högst i Sverige gällande receptuttag på Opioider. Se bild 1 och 2

Bild 1

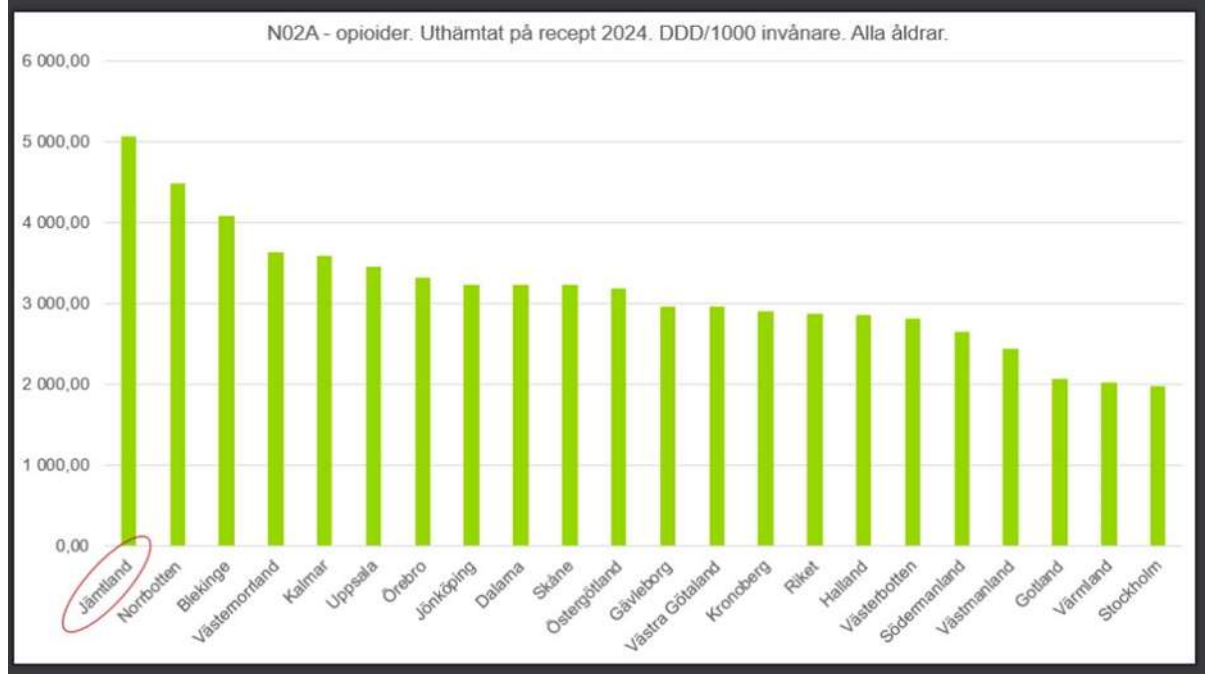
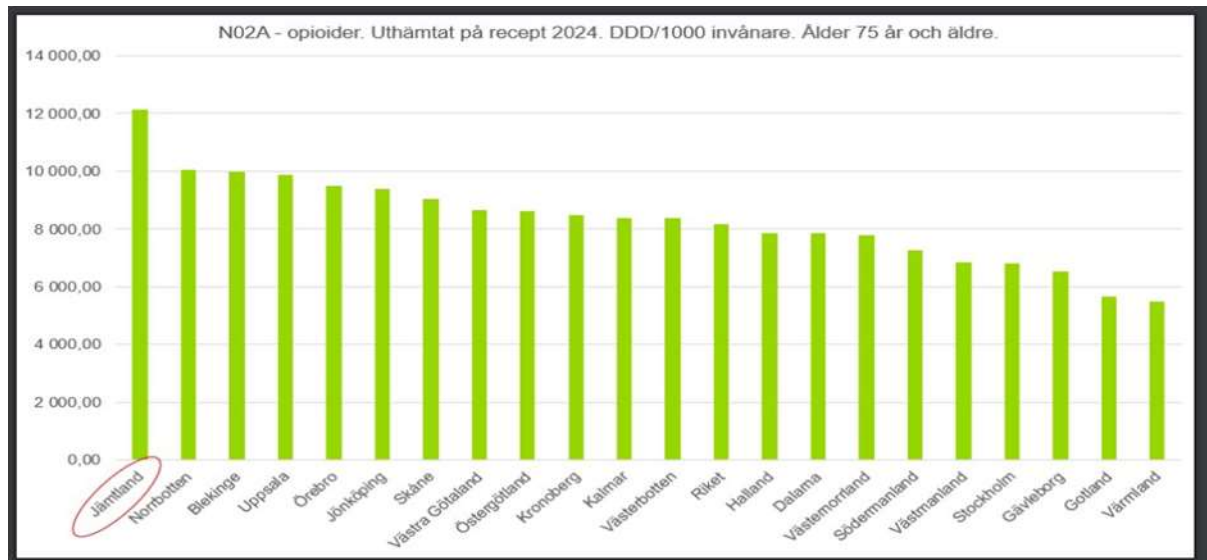
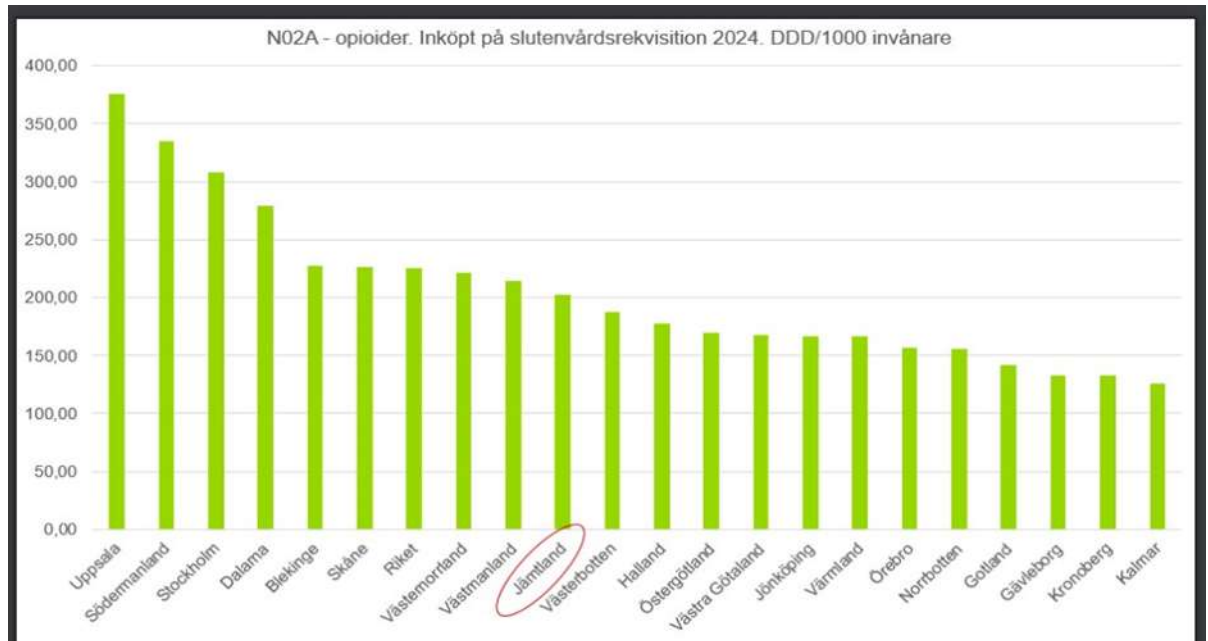


Bild 2



I slutenvården ligger länet däremot mycket lägre i jämförelse med riket.

Bild 3



Verksamhetscheferna i hemtjänst och SÄBO som ingår i äldrenätverket beskriver att problematiken bland gruppen 65 och äldre har ökat. Det blir allt vanligare att äldre personer som skrivs in på särskilda boenden är obehandlade eller underbehandlade angående skadligt bruk och beroende och psykisk ohälsa. Som exempel finns det tydliga tecken på alkoholdemens. Personalen får ofta ta hand om de personer som inte får hjälp via psykiatrin. Det finns en ökning av psykisk ohälsa och skadligt bruk och beroende framför allt inom hemtjänsten som blir första hjälpen för psykisk ohälsa. Det finns många personer med skadligt bruk och beroende som är svåra att motivera till hjälp, ofta äldre men det förekommer även yngre. Personalen är inte rustade för att hantera målgruppen och det förekommer ofta hot och våld. Det finns behov av mer utbildning till personalen så att de blir trygga i sitt arbete.

5.1.2. Aktuellt utbud och resurser för stöd och behandlingsinsatser som idag kan erbjudas personer i länet i kommunal regi

Det kommer ske en förskjutning där vården går från att utföras hos kommunerna till att bli ett ansvar för regionen. Kunskapen om olika psykosociala behandlingsmetoder för skadligt bruk och beroende finns i dag i huvudsak inom kommunernas öppenvård. En inventering av de olika behandlingsinsatser som finns i länet visar på att det skiljer sig åt mellan de olika kommunerna och att det finns olika förutsättningar att bedriva beroendevård i länet, framför allt i mindre kommuner. Det förekommer att kommunerna köper tjänster av varandra för att kunna tillgodose de behov som uppstår.

De metoder och insatser som redovisas är;

- 12-steg - individuellt och i grupp
- CRA - individuellt och i grupp – Community Reinforcement Approach
- Återfallsprevention
- KBT – Kognitiv beteendeterapi
- RePULSE
- Anhörigstöd
- Spelbehandling
- MI – Motiverande intervju
- Stödboende med dygnet runt personal
- Helydgnslösning med behandling och boende
- HAP och CPU – Haschprogrammet för äldre och yngre
- ESL – Ett självständigt liv
- Previct (digitalt behandlingsinstrument)
- Externa placeringar på HVB-hem, familjehem, stödboende och öppenvårdsinsatser som kommunen inte kan tillgodose i egen regi.

5.1.3. Aktuellt utbud och resurser för stöd och behandlingsinsatser som idag kan erbjudas personer i länet i regionens regi

Intentionerna i samsjuklighetsutredningen går väl i linje med den fokusförflyttning som pågår i arbetet med god och nära vård. Förslagen är också väl synkroniserade med det vård och insatsprogram som finns för missbruk och beroende inom regionernas kunskapsstyrning.

Av kartläggningen framkommer följande;

Regionens primärvård;

Primärvården hänvisar idag till kommunerna och/eller specialistsjukvården och refererar till att patienter ibland skickas till behandlingshem.

Medicinska behandlingsinsatser inom regionens öppenvård;

- Läkarbesök med eventuell medicinering och uppföljning av medicinering.
- Provtagning
- Rådgivning
- Påbörja läkemedelsbehandling mot abstinens eller akut intox efter ordination av läkare.
- LARO
- Antabusdelning
- Förskrivning av centralstimulantia
- Sömnstöd
- Depressionsbehandling

Medicinska behandlingsinsatser inom regionens slutenvård;

Representanter från regional primärvård beskriver att det skrivs akut remiss till specialistsjukvården på patienter med beroende som redan har en plan klar från regionens öppenvård. Vuxenpsykiatri/BUP tar över ansvaret vid inläggning för avgiftning.

Behandlingsinsatser inom specialistsjukvårdens öppenvård;

- Psykologkontakt och läkarkontakt - eventuell medicinering.
- Psykologisk behandling för bakomliggande psykologiska faktorer och diagnoser.
- Ångesthantering
- Krisplan – ett stöd för att förhindra och hantera ett eventuellt återinsjuknande
- Återfallsprevention
- Motiverande samtal/stödande samtal
- Psykologiska behandlingar och läkemedelsbehandling i akut fas
- Somatiskt vårdbehov
- ACRA

5.1.4. GAP och önskade utvecklingsområden

Det kommer att ske en perspektivförskjutning där socialtjänstens ansvar för personer med skadligt bruk och beroende inriktas på det som reformen menar är socialtjänstens kärnuppdrag och särskilda kompetens.

Primärvården föreslås bli navet i hälso- och sjukvården och den vårdnivå som ska vara nära invånarna och bidra till hälsa och trygghet. Det finns därför ett stort behov av utveckling främst inom Primärvården gällande kunskap om behandling av skadligt bruk och beroende samt samsjuklighet. Det finns dock även behov av kompletterande kompetens gällande olika psykosociala behandlingsmetoder gällande skadligt bruk och beroende inom specialistsjukvården då det fortsättningsvis skall vara regionens ansvar.

När det handlar om screening och kartläggningsmetoder så framkommer det i kartläggningen att många

använder sig av samtalsbaserade bedömningar i stället för att använda screeningverktyg. Det pekar på en osäkerhet vilket leder till att det blir skillnader



mellan verksamheter. Det är i sig en indikation på att det finns behov av ökad systematik och stöd i kartlägningsarbetet.

Kompetensförsörjningen kommer bli en stor utmaning då utbildning behövs gällande psykosociala metoder och andra behandlingsmetoder anpassade för målgruppens behov. Det kommer även att bli en utmaning att samordna arbetet inom och mellan regionens olika verksamhetsområden då den är bristfällig idag samt med anledning av att det saknas personella resurser.

Ett annat stort utvecklingsområde är att gruppen äldre är en bortglömd grupp. Det finns bland annat behov av att genom kompetensutveckling skapa trygghet i personalgrupperna bland de som arbetar ute i verksamheterna tillsammans med den målgruppen.

Läkemedelsansvarig läkare bedömer att det finns ett behov av att arbeta metodiskt med förskrivningen i hela länet. Önskemålet är att det blir en tydligare medicinuppföljning och krav på personligt besök innan nytt recept skrivs ut samt att det finns anledning för läkare att se över alternativ till medicinsk behandling och i större utsträckning hjälpa invånarna med ett stöd vid nedtrappning. Det framförs även behov av att kartlägga vilka enheter och läkare det är som står för en större andel av förskrivning av läkemedel samt vilka patienter som har haft beroendeframkallande läkemedel över tid. Det finns redan idag både metoder och mallar för att genomföra arbetet med en sådan uppföljning men det är resurskrävande och önskemålet är att det inrättas en stödfunktion centralt för att genomföra arbetet.

Förslag till utvecklingsområden del 1

- Behov av övergripande struktur beslutad på huvudmannanivå som säkerställer arbetet.
- Arbeta för att primärvården blir navet.
- Rutiner som beskriver övergången mellan heldygnsvård och öppenvård.
- Stegvis vård – Vad är primärvårdsnivå?
- Kompetensutveckling inom primärvården gällande beroendefrågor.
- Kompetensutveckling inom primärvård och specialistsjukvård gällande psykosociala behandlingsmetoder.
- Se över kompetensförsörjningen.
- Ökad screening i primärvården för att bidra till tidig upptäckt.
- Samordning inom och mellan regionens verksamheter.
- Strukturerad samverkan mellan kommunernas öppenvård och primärvården.
- Kompetensutveckling gällande samsjuklighet för äldre över 65 år.
- Utveckla arbetssätt i samverkan för tidig upptäckt av personer med skadligt bruk och beroende samt psykisk ohälsa.
- Önskemål om att implementera befintliga metoder och rutiner för att genomföra arbetet med medicinuppföljning och inrätta en stödfunktion centralt för att genomföra arbetet.

5.2. Behandling för skadligt bruk och beroende ska ges samordnat med behandling för andra psykiatriska tillstånd

Utredningen föreslår att det tydliggörs att vården vid skadligt bruk och beroende ska ges samordnat med annan psykiatrisk vård. Med samordning menas *koordination av resurser och arbetsinsatser för att erhålla högre kvalitet och större effektivitet*. För personer med samsjuklighet är det viktigt med samordnad utredning och behandling. Av den anledningen behöver resurser och insatser för att utreda och behandla skadligt bruk eller beroende koordineras med resurser och insatser för att utreda och behandla andra psykiatriska tillstånd. Det kan till exempel ske genom samordning mellan olika verksamheter, eller genom samordnade team inom en verksamhet.

Utredningens förslag att samla allt ansvar för behandling av skadligt bruk och beroende hos regionernas hälso- och sjukvård förbättrar sannolikt förutsättningarna för en samordning av behandlingen av skadligt bruk och beroende med behandlingen av andra psykiatriska tillstånd. Det delade ansvaret för behandling av skadligt bruk och beroende kan i dag ofta leda till att personer med samsjuklighet inte får insatser för de olika tillstånden parallellt.²

Det finns vetenskapligt stöd för att behandling för beroende och annan psykiatrisk diagnos bör ges samtidigt. Enligt EMCDDA (*European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction*) numera EUDA (*Union Drugs Agency*) har den integrerade modellen bäst förutsättningar att minska risken för dubbelarbete, fragmentisering och att personer faller mellan stolarna. De hänvisar till flera studier som beskriver fördelarna med integrerad behandling, även om studiernas olikheter gör det svårt att sammanfatta effekten. Resultatet har dock visat sig bli bättre om alla livsområden blir föremål för vård, stöd och behandling samtidigt jämfört med att hälso- och sjukvård ges i väntan på socialtjänstinsatser eller vice versa.³

När det gäller personer med en psykisk sjukdom med samtidigt beroende bör man som huvudregel utgå ifrån att en plan behövs för att deras behov ska tillgodoses. Ett verktyg som lämpar sig väl när det gäller att samordna insatser som en individ har behov av är SIP, samordnad individuell plan.

5.2.1. Nulägesbild

I både den nationella patient- och brukarundersökningen och i som gjorts i länet framkommer det att personer med samsjuklighet beskriver att de upplever att de skickas runt, hänvisas till, och avvisas från olika verksamheter. Den målbild som finns understryker vikten av att vårdkedjan hålls samman. Mönstret i svaren den lokala undersökningen pekar tydligt på att det är samarbetssvårigheter och brist på effektiv samverkan som är de främsta problemen, vilket påverkar helheten av det

² Från delar till helhet – En reform för samordnade, behovsanpassade och personcentrerade insatser till personer kommer med samsjuklighet (SOU 2021:93) s. 312 --

³ EMCDDA 2016, Comorbidity of substance use and mental health disorders in Europe. (Perspectives on drugs).

stöd och den vård som erbjuds. Ingen av deltagarna gav positiva eller neutrala kommentarer, vilket kan understryka att de är missnöjda med nuvarande system. De beskriver även att det finns en begränsad insikt och kunskap hos vårdpersonal angående sambandet mellan beroende och psykisk ohälsa, vilket resulterar i bristfälligt stöd och hjälp.

Det finns angivet exempel på hur personer skrivits ut från sjukhus eller behandlingshem utan att varken psykiatrisk öppenvårdsbehandling eller sociala stödinsatser funnits tillgängliga eller att insatser efter ett avslutat heldygnsomhändertagande inte har planerats tillräckligt. För att målbilden ska anses vara uppfylld kan det behövas tillgång till multiprofessionella team och olika kompetenser som samarbetar när det behövs.

Det finns ibland regler om att personen behöver vänta ett visst antal månader efter uppnådd drogfrihet innan vård kan ges. Det förekommer också att behandlingshemvistelser avslutas i samband med återfall och att personer inte får insatser från kommunen med anledning av ett skadligt bruk eller beroende.

Det finns en samverkansöverenskommelse benämnd ”Länsöverenskommelse 2021–2023 Riskbruk/Missbruk/Beroende” mellan kommun och region men även inom regionens olika delar. Den har dock inte använts på det sätt som var menat och både kommunerna och regionen tar genvägar.

SIP nämns som ett viktigt instrument för att samordna vården och som bör användas när det handlar om personer med samsjuklighet. I den kartläggning som gjorts bland de professionella framkommer dock att det används väldigt olika och att det anges bero bland annat på graden av engagemang och kompetens hos berörda parter.

5.2.2. GAP och önskade utvecklingsområden

För att få till en fungerande vård där behandling av skadligt bruk och beroende samordnas med behandlingen av andra psykiatriska diagnoser finns det ett flertal områden som kommer att kräva utveckling och förändring.

Under reformens del 1 ovan framkommer det ett flertal önskade utvecklingsområden som stämmer in även här. Den förändring som kommer behöva ske för att ge rätt förutsättningar för arbetet och som nämndes ovan berör även den samordnade vården som avhandlas här i del 2. Utöver det kommer det också behövas ett arbete med kultur och förhållningssätt, för att främja en mer samordnad och personcentrerad vård.

Det handlar även här om att både kompetensutvecklingen och kompetensförsörjningen blir två stora utmaningar och det kommer behövas utbildning av personal. Det finns också behov av att hitta ett mer effektivt sätt att utnyttja resurserna på för att klara av det nya uppdraget.

Det kommer även att bli en utmaning att samordna arbetet inom och mellan regionens olika verksamhetsområden då samordningen uppges vara bristfällig idag.

Samordningen kommer behövas på flera olika nivåer, både *mellan* olika verksamheter inom regionen och *inom* en verksamhet.

Samordningen kommer även kräva att informationen följer patienten, att det finns fungerande rutiner för överlämningar och att alla har en gemensam bild. Det blir också viktigt att ha en delad målsättning och att uppföljning sker av patientens sammantagna behov och insatser, samt att det finns en gemensam bild av vad som krävs i nästa steg.

SIP är också det ett stort utvecklingsområde som redan påbörjats och det finns en inrättad Länsarbetsgrupp för arbetet. Detta då det under 2022 genomfördes en uppföljning av SIP-stödjare genom en enkätundersökning som visade på ett flertal problemområden och ledde till ett antal förbättringsarbeten. Effekten på verksamhetsnivå har dock uteblivit. Det har framförts önskemål om ett mera användarvänligt stödmaterial. Länets SIP-samordnare ser även behov av förbättringsarbete för att underlätta så att SIP sker när det finns behov samt att SIP genomförs med god kvalitet.

Länsarbetsgruppen har fått i uppdrag att ta fram förslag till utvecklingsområden som bidrar till att underlätta för länets verksamheter så att SIP görs som en del i det dagliga arbetet. Gruppen ska även beskriva behov av utveckling gällande t ex tekniska/digitala lösningar, material, rutiner och utbildning. Uppdraget ska redovisas senast november 2025.

Länsöverenskommelsen Riskbruk/Missbruk/Beroende som var avsedd att gälla 2021–2023 har förlängts bland annat i avvaktan på Samsjuklighetsutredningen. Den är nu i behov av att uppdateras utifrån ny lagstiftning och för att överensstämja med förslagen i samsjuklighetsutredningen. Det finns behov av att tydliggöra de förnyade ansvarsområdena inom och mellan huvudmännen. Det blir även ännu viktigare att stärka samverkan mellan regionen och kommunerna för att bättre tillgodose behovet av vård, stöd och behandling för personer med skadligt bruk och beroende med eller utan kombination av psykisk ohälsa i hela länet.

Önskade utvecklingsområden del 2

- Behov av en övergripande struktur beslutad på huvudmannanivå som säkerställer arbetet
- Rutiner som beskriver övergången mellan heldygnsvård och öppenvård
- Kompetensutveckling inom primärvården gällande beroendefrågor
- Kompetensutveckling inom primärvård och specialistsjukvård gällande psykosociala behandlingsmetoder
- Kompetensförsörjningen
- Samordning inom och mellan regionens verksamheter
- SIP – fortsätta det pågående utvecklingsarbetet och förenkla användandet
- Uppdatera Länsöverenskommelsen Riskbruk/Missbruk/Beroende

5.3. Sprututbyte ska utvecklas till lågtröskelmottagningar som främjar fysisk och psykisk hälsa och alla regioner ska erbjuda sådan verksamhet.

Utredningen gör bedömningen att sprututbytesverksamheterna når personer som har ett skadligt bruk eller beroende av narkotika bättre än övrig hälso- och sjukvård. Detta är av stor vikt eftersom målgruppen har väsentligt sämre hälsa än befolkningen i övrigt och en hög överdödlighet. Utredningen föreslår därför att sprututbytesverksamheter måste erbjudas av alla regioner och att de utvecklas till lågtröskelverksamheter som främjar psykisk och fysisk hälsa.

Utvecklingen till lågtröskelverksamheter är något som verksamheterna själva i hög grad redan påbörjat och därför är förutsättningarna goda för att det ska kunna utvecklas ytterligare.

Med lågtröskelverksamheter avser utredningen i det här sammanhanget en verksamhet som erbjuder viss somatisk vård och behandling samt hälsofrämjande rådgivning, stöd till sexuell och reproduktiv hälsa, förmedling av kontakt med psykiatri och socialtjänst, utdelande av och utbildning om Naloxon, hälsorådgivning och varningar för farliga preparat i omlopp.

Därutöver gör utredningen bedömningen att det bör genomföras försök med en lågtröskelverksamhet och brukarrum på hälsocentralen där narkotika kan intas på ett säkert sätt i kombination med att andra stödsatser tillhandahålls. Förslaget om brukarrum får dock vänta på eventuell ny lagstiftning.⁴

5.3.1. Nulägesbild

Jämtland Härjedalen har en sprututbytesverksamhet sedan 2019. I mötet med verksamheten beskriver de att det idag finns 118 inskrivna patienter varav 60 är regelbundet besökande i olika perioder. Majoriteten av personerna som är aktuella på sprututbytet har amfetamin som huvuddrog.

Verksamheten är placerad i anslutning till infektionskliniken och har öppet två dagar i veckan, måndag och torsdag. Alla som önskar kan komma hit och skriva in sig bara de kan identifiera sig på något sätt.

I verksamheten arbetar fem sjuksköterskor och en undersköterska. Ansvarig läkare finns på infektionsmottagningen och det finns tillgång till en psykolog från psykiatrin under de dagar mottagningen har öppet. De har årssamtal med patienterna en gång/år efter inskrivning och provtagning sker var sjätte månad. Mottagningen har även en barnmorska kopplad till sig för att exempelvis skriva ut preventivmedel, oftast då i form av en spiral.

⁴ Från delar till helhet – En reform för samordnade, behovsanpassade och personcentrerade insatser till personer med samsjuklighet (SOU 2021:93) s. 399 --

Verksamheten har utarbetat en ”snabbväg” till Beroendeenheten för att få en första kontakt och därefter skrivs en remiss för fortsatt kontakt. De har flertalet olika grupper som de samverkar med idag; exempelvis kyrkan, värmestugan och frivården. De är även ute i länet hos primärvården och föreläser om blodsmittor och pratar om sin verksamhet för att göra den mer känd.

Personer som är aktuella på sprututbytet och även personalen upplever att det är positivt att det är en neutral verksamhet där det ges möjlighet att sitta ner en stund, ta en kaffe och bara prata. Det är sällsynt med konflikter och de främsta anledningarna till det bedöms vara att det inte sker några förskrivningar och att mottagningen inte är beslutsfattande. Den största utmaningen som personalen upplever är att hantera tillfällena när det finns barn i personens omgivning.

5.3.2. GAP och önskade utvecklingsområden

Tillgänglighet – Personer som är aktuella har önskemål om utökade öppettider vilket innebär öppet fler dagar i veckan några timmar/dag på eftermiddagen och även öppet någon kvällstid då en del av dem har arbete. Personalen beskriver även att det finns behov av tjejdagar för att få fler tjejer att besöka mottagningen.

Mottagningens placering – Vid en översyn av lokalisering kan det även vara intressant att titta på var sprututbytet organisatoriskt ska ligga. Primärvården är ett intressant alternativ då distriktsläkare och annan personal i primärvården skulle ha mycket att erbjuda denna målgrupp och kunna verka förebyggande för målgruppens hälsa. Det finns även behov av filialer då länet är stort och tankar har även funnits om att ha en vård buss i länet.

Kompetens saknas inom primärvården för att kunna utföra de nya uppdragen och det kommer även saknas resurser då det kommer innebära en ökad arbetsbelastning.

Önskade utvecklingsområden del 3

- Tillgänglighet – geografiskt och tidsmässigt
- Skapa fler lågröskelverksamheter/filialer ute i länet
- Kompetensförsörjning för att kunna ta emot den utökade målgruppen
- Kompetensutveckling inom primärvården i beroendefrågor och samsjuklighet

5.4. Uppsökande och andra förebyggande insatser, social trygghet med fokus på funktionsförmåga, resurser och möjligheter till ett självständigt liv, anhörigstöd, samt insatser till barn och unga ska vara ett fortsatt och förtydligt uppdrag för socialtjänsten.

Socialtjänstens uppdrag när det gäller personer med skadligt bruk eller beroende ska enligt utredningens förslag kvarstå och förtydligas på fyra huvudsakliga områden.

Fokus för socialtjänstens insatser ska vara på att främja ekonomisk och social trygghet, jämlikhet i levnadsvillkor och aktivt deltagande i samhällslivet, samt att frigöra och utveckla resurser. Det innebär en perspektivförskjutning, där socialtjänstens ansvar för personer med skadligt bruk och beroende inriktas på det vi menar är socialtjänstens kärnuppdrag och särskilda kompetens. Socialtjänsten ska nu gå från behandling till socialt arbete för att stärka den enskildes resurser och funktionsförmåga. Även om långt ifrån alla med skadligt bruk eller beroende har sociala problem så finns det en förhållandevis stor grupp där socialtjänstens stöd och hjälp kan vara helt avgörande.

När det gäller det första och sista ansvarsområdet föreslår utredningen inga ändringar i lagstiftningen, men för område 2 och 3 föreslår utredningen att socialtjänstens ansvar för personer med skadligt bruk och beroende förtydligas

1. Kartläggning av levnadsförhållanden, uppsökande verksamhet, information om och förmedling till samhällets stöd och annat förebyggande arbete för att motverka skadligt bruk och beroende.
2. Sociala stödinsatser för försörjning, boende, sysselsättning, trygghet och sociala sammanhang, med fokus på att stärka den enskildes resurser, funktionsförmåga och möjligheter till självständigt liv.
3. Stöd till anhöriga.
4. Insatser för att barn och unga ska växa upp under goda och trygga förhållanden.

Som framhålls i utredningen *Framtidens socialtjänst* kan kunskap om levnadsförhållanden ge underlag för planering exempelvis en ökande alkoholkonsumtion bland äldre, skadligt bruk eller beroende och psykisk ohälsa hos ensamkommande barn och unga som söker asyl i Sverige, kvinnor med skadligt bruk eller beroende som utsätts för våld eller riskerar att göra det om till exempel inte trygga och säkra boendeformer erbjuds. Ett exempel som nämns på hur man tidigt kan upptäcka alkoholproblem är att använda manualbaserade frågetest, så som AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test).

Uppsökande arbete

Det uppsökande arbetet är viktigt då uppmärksamhet bidrar till kontakt och information om och förmedling till samhällets stöd och annat förebyggande arbete. Uppsökande verksamhet är särskilt viktig för personer med psykisk funktionsnedsättning, bland annat utifrån att de många gånger kan leva i social isolering, ha svårt att identifiera sina egna behov och veta var de ska vända sig. Uppsökande verksamhet riktad till personer som riskerar att förlora sitt boende är även det en viktig del av socialtjänstens förebyggande arbete, det som kallas Vräkningsförebyggande arbete. Förebyggande arbete handlar också om att en person som har suttit i fängelse och har ett långvarigt missbruk har någonstans att bo, inte begår ett brott, inte blir utsatt för brott. Alla de där sakerna är också ett förebyggande perspektiv som en del av socialtjänstens huvuduppdrag. Utredningen bedömer att både uppföljning och utvärdering av förebyggande insatser behöver utvecklas, för att säkerställa en jämlik tillgång till kunskapsbaserade insatser.⁵

Boende

För personer som saknar bostad rekommenderas insatserna *Bostad Först* eller vårdkedja. I socialnämndens ansvar för att den enskilde får bo på ett sätt som är anpassat till hans eller hennes behov ligger också att erbjuda boende med särskild service för den som behöver det. Det kan vara grupp- eller servicebostad som till exempel erbjuds till personer med omfattande samsjuklighet eller äldre personer med skadligt bruk och beroende.⁶

Sysselsättning

När det kommer till sysselsättning rekommenderas *Socialstyrelsens IPS-modellen – Individanpassat stöd till arbete* - då det handlar mycket om just behovet av ett socialt sammanhang. Personer som inte kan arbeta eller studera kan behöva någon annan typ av sysselsättning. Det kan både handla om att träna på och förbereda sig för att arbeta eller studera längre fram, men också om att träffa andra människor och finnas i ett socialt sammanhang. I det nationella vård- och insatsprogrammet för missbruk och beroende rekommenderas också daglig aktivitet utanför hemmet, som exempelvis färdighetsträning, kurs genom ett studieförbund, volontärverksamhet, aktivitetshus eller Fontänhus.⁷

Civilsamhället

Generellt har här civilsamhället en viktig roll att spela, till exempel i form av sociala företag som bidrar till gemenskap, sysselsättning och försörjning, och organisationer som driver träfflokaler, uppsökande verksamhet och olika självhjälps- och stödgrupper. Deras verksamheter är många gånger ett komplement till de insatser kommunerna erbjuder, och socialtjänsten kan med fördel informera om och hänvisa till sådana organisationer.

⁵ Från delar till helhet – En reform för samordnade, behovsanpassade och personcentrerade insatser till personer med samsjuklighet (SOU 2021:93) s. 334

⁶ Från delar till helhet – En reform för samordnade, behovsanpassade och personcentrerade insatser till personer med samsjuklighet (SOU 2021:93) s. 347

⁷ Från delar till helhet – En reform för samordnade, behovsanpassade och personcentrerade insatser till personer med samsjuklighet (SOU 2021:93) s. 345

Anhöriga

Vidare föreslår utredningen att det ska förtydligas att anhöriga till personer med skadligt bruk och beroende omfattas av bestämmelsen om sin tur kan göra det lättare för enskilda att förstå vilka rättigheter de har och skapa trygghet för dem. Barn och familjer kan behöva till exempel praktisk hjälp, föräldrastöd eller familjebehandling, och hälso- och sjukvården kan då behöva motivera och hjälpa föräldrarna att ta kontakt med socialtjänsten. Slutligen kan en mindre andel barn också behöva specifik hjälp med sina egna svårigheter, till exempel i form av psykoterapi eller traumabehandling, vilket är insatser som är hälso- och sjukvårdens ansvar. Utredarna betonar även att kommunerna tillsammans med regionerna behöver ta fram gemensamma strukturer för omhändertagande av skadligt bruk och beroende hos barn och unga, och fler kommuner behöver samarbeta med regionerna i integrerade verksamheter för barn och unga som exempelvis Mini-Maria-verksamheter.⁸

5.4.1. Nulägesbild i länets kommuner

I möte med verksamhetscheferna för länets hemtjänst och SÄBO som ingår i äldrenätverket beskriver de att individer över 65 år är en bortglömd grupp. De upplever att problematiken har ökat då många äldre kommer in obehandlade eller underbehandlade angående skadligt bruk och beroende, psykisk ohälsa och med alkoholdemens. Det finns även indikationer på en avsaknad av speciella insatser för äldre med psykisk ohälsa.

Sammanfattningsvis vad gäller screening och kartläggning så finns det stora variationer i både omfattning och typ av använda screeningsformulär, med en övervikt för ASI, AUDIT och DUDIT. Det finns verksamheter som använder strukturerade verktyg och de som helt eller delvis avstår.

Försörjning, sysselsättning och boende är basala behov som är viktiga för de flesta människor. Kartläggningen i länet visar på att det finns en hel del olika lösningar och insatser i kommunerna men att utbudet skiljer sig åt. Ett återkommande tema är dock behovet av fler olika boendelösningar. Respondenterna lyfter fram att anpassade bostadslösningar såsom stödboende och "Bostad först" kan minska marginalisering och främja återhämtning. Det finns även en efterfrågan på fler mötesplatser och daglig verksamhet som kan erbjuda en meningsfull sysselsättning utan krav på arbetsmarknadsdeltagande.

Bostad Först finns idag endast i Östersund då det kräver en något större organisation för att vara möjligt att införa. Det finns i övrigt en mångfald av olika insatser ute i länets kommuner med allt från akutboende till olika former av boendestöd och sociala kontrakt, jourlägenheter, tillfälliga boenden och vräkningsförebyggande arbete.

Socialstyrelsen rekommenderar IPS-modellen när det gäller sysselsättning men av kartläggningen framgår att den används endast i viss mån av en kommun i länet där

⁸ Från delar till helhet – En reform för samordnade, behovsanpassade och personcentrerade insatser till personer med samsjuklighet (SOU 2021:93) s. 350

Arbetsmarknadsavdelningen har en arbetsmarknadskoordinator med IPS-utbildning. Där finns även verksamheter där personer kan få anställning med lönesubvention, arbetsträning/praktik samt lågtröskelverksamheten Växthuset, som är en grön rehabverksamhet med fokus på arbetsträning/arbetsförmågebedömning och det som Försäkringskassan kallar arbetsrehabiliterande insatser.

I övrigt beskriver kommunerna olika former av verksamheter, både i egen regi och ideella. Det finns lågtröskelverksamheter, arbetsträningsarenor, gruppverksamheter och individuellt anpassat stöd från arbetskonsulent. Det finns olika former av samverksamforum, enskilda insatser som motiverande samtal, profilering, matchning mot sysselsättning, arbete/studier och arbetsförberedande insatser utifrån individuella behov av stöd med mål om sysselsättning. Det finns också arbetsmarknadsenheter med olika former av insatser för att komma närmare sysselsättning: kartläggning, coachning, karriärvägledning.

Det som finns gemensamt i länet idag är STAR som samverkansinsats. Det finns i samtliga kommuner och de fyller med sitt samverkansteam en viktig funktion för att lyfta upp ärenden i behov av samplanering. Det håller även på att öppnas ett Fontänhus och det vänder sig till alla länsinnevånare. Det är en plats för och med människor som lever med psykisk ohälsa. Modellen lutar sig mot 37 internationella riktlinjer och omfattar hela livet och hela människan.

När det gäller anhörigstöd visar kartläggningen på att det är en varierad tillgång till anhörigstöd vilket verkar bero på kommunernas resurser och organisering. Flera enkätsvar uttrycker brist på stöd till anhöriga, vilket framhäver vikten av att inkludera och stödja nätverket kring den enskilda personen. Övergripande visar det på behovet av mer omfattande och helhetsinriktade insatser som inkluderar både individuella och familjebaserade stödåtgärder.

Slutligen visade svaren på en begränsad kännedom om tillgängliga resurser, vilket särskilt noterades i frågorna om tidigt stöd för barn, unga och vuxna. Detta antyder ett behov av förbättrad informationsspridning och tillgång till preventivt stöd.

5.4.2. GAP och önskade utvecklingsområden

Enkätsvaren visar att det finns skäl att se över både kartläggning och det uppsökande och förebyggande arbetet i sin helhet för att få mer kunskap om olika målgrupper och dess behov.

Det som sticker ut är behovet av att synliggöra målgruppen äldre personer med skadligt bruk och beroende med eller utan psykisk ohälsa då den problematiken har ökat betydligt i hela länet. Där behövs satsningar på mer förebyggande arbete för att tidigt upptäcka och ge stöd i god tid. Det finns även skäl att se över behovet av speciella insatser för äldre med psykisk ohälsa. För att möta aktuell målgrupp på bästa sätt kan det även finnas skäl att se över kompetensförsörjningen och utbildningsbehovet hos personalen inom både hemtjänst och SÄBO så att de blir trygga i sitt arbete.

Vad gäller kommunernas arbete för att stärka den enskildes resurser, funktionsförmåga och möjligheter till ett självständigt liv finns en mångfald av sociala stödinsatser inom området gällande både försörjning, boende och sysselsättning. Utbudet och formerna för det varierar dock mellan de olika kommunerna. Om länet ska nå upp till utredningens målsättning att kommunerna ska arbeta för att uppnå social hälsa på bredare front så behöver arbetet vara mer främjande och ha ett större fokus på den enskilda personens förutsättningar. Där finns anledning att se över hur samverkan kan ske för att nå målet. Utöver STAR och Fontänhuset - vilka fler möjligheter finns till samarbete/samverkan? När det gäller stöd till anhöriga tyder svaren i båda kartläggningarna på att utbudet varierar i länet. Det framkommer även att det saknas kunskap om vilka former av tidiga stödinsatser som man kan få som anhörig.

Önskade utvecklingsområden del 4

- Utveckla det uppsökande och förebyggande arbetet samt anhörigstöd i sin helhet.
- Skapa kartläggningsrutiner för att göra oss mer förtrogna om olika målgrupper och dess behov.
- Skapa informationskanaler om stödinsatser i alla åldrar så att information kan spridas till personer som behöver hjälp.

Målgruppen äldre

- Utveckla det förebyggande arbetet för att tidigt upptäcka och ge stöd till äldre.
- Kartlägga behovet av speciella insatser för äldre med psykisk ohälsa.
- Kompetensutveckling gällande samsjuklighet för äldre över 65 år

Kartlägga kommunernas utvecklingsbehov gällande sociala stödinsatser inom området gällande både försörjning, boende och sysselsättning med hänsyn taget till lokala förutsättningar och medborgarnas behov

- Hur ser behoven ut?
- Vilka insatser finns?
- Vad kan kommunerna samverka runt?
- Vad kan kommunerna utveckla i egen regi?

5.5. Regioners hälso- och sjukvårdsansvar ska gälla för alla som är placerade utanför det egna hemmet

Socialtjänsten ska fortsatt ha ansvar för placering på hem för vård eller boende (HVB) och familjehem både för barn och för vuxna. Regionen ska dock ansvara för hälso- och sjukvårdsinsatserna även vid placering utanför hemmet. Detta för att få till en sammanhållen vårdkedja. Flera tidigare studier visar att barn och unga som är placerade på HVB i stor utsträckning har olika psykiatriska diagnoser. Utöver skadligt bruk eller beroende kan det till exempel handla om ADHD, autism, PTSD,

uppförandestörning, ångest och depression. Om regionen inte planerar och tar ansvar för att hälso- och sjukvårdsinsatserna genomförs under placeringen på HVB inträder, enligt den i delbetänkandet föreslagna 16 kap. 4 a § HSL, betalningsansvar för en viss del av kostnaden enligt en schablon.

En reglering av ansvaret för hälso- och sjukvårdsinsatser vid placering utanför hemmet är viktig för att säkerställa så att barn och vuxna som är placerade får tillgång till den hälso- och sjukvård de behöver under placeringen, och för att planering, genomförande och uppföljning av den vård de får ska vara av god kvalitet. Ansvaret kan innebära att regionen själv erbjuder insatserna. Om placeringen är i en annan region kan insatserna i stället erbjudas av denna region, mot ersättning från hemmaregionen inom ramen för riksavtalet för utomlänsvård. Regionen kan även ersätta kommunen för kostnaden för hälso- och sjukvårdsinsatser som genomförs av HVB-hemmet, alternativt själv upprätta avtal om hälso- och sjukvårdsinsatser med HVB-hemmet, givet att det är anmält som vårdgivare till IVO. Bedömningen är att förslaget kommer innebära att heldygnsbehandling kommer att ske inom psykiatrisk slutenvård oftare än i dag, framför allt när det gäller vuxna.⁹

5.5.1. Nulägesbild

I länet finns det i dag två Länsöverenskommelser gällande samverkan och de två huvudmännens olika ansvarsområden. Det är "Länsövergripande överenskommelse om samarbete vid placering i boende utanför egna hemmet" och "Länsöverenskommelse 2021–2023 Riskbruk/Missbruk/Beroende".

Länsöverenskommelsen gällande placering av barn har genom åren blivit alltmer känd och implementerad hos båda huvudmännen. Det innebär att det har börjat fungera allt bättre vid frågor om samverkan, ansvar och samfinans vid placeringar utom hemmet såväl mellan förvaltningar som mellan huvudmännen.

När det gäller Länsöverenskommelsen gällande riskbruk/missbruk och beroende är den dock inte tillräckligt implementerad hos huvudmännen. Det innebär att den i många avseenden inte används som det var tänkt.

I samsjuklighetsutredningen framgår det att slutenvårdstillfällena i psykiatrisk heldygnsvård bedöms öka med cirka 6 % - både frivillig vård och tvångsvård som en följd av utredningens förslag. Enligt utredningen skulle det innebära ett behov av att regionerna ökar sina vårdplatser med i snitt två vårdplatser.

Utifrån länets perspektiv kommer det bli en stor utmaning då det idag inte finns någon vårdavdelning specifikt avsedd för beroendepatienter vilket är en patientsäkerhetsrisk. Det saknas även en TNE enhet (Tillnyktringsenhet) för patientgruppen sedan ett antal år tillbaka vilket rapporten återkommer mer till under del 10.

⁹ Från delar till helhet – En reform för samordnade, behovsanpassade och personcentrerade insatser till personer med samsjuklighet (SOU 2021:93) s. 361 --

Det har gjorts en översyn av slutenvårdsplatser under hösten 2024 som utmynnar i ett antal förslag på vad som behövs för att möta vårdbehoven idag och för att rusta för aktuella behov och för en utökad målgrupp.

5.5.2. GAP och önskade utvecklingsområden

Den befintliga Länsöverenskommelsen Riskbruk/Missbruk/Beroende ska uppdateras i samband med det arbete som nu utförs. Det behövs både med tanke på de förändringar som sker i samband med samsjuklighetsutredningens förslag och med anledning av nya socialtjänstlagen. Det finns förbättringsbehov på flertalet områden både när det handlar om ansvar och samverkan vid externa placeringar men även gällande exempelvis användandet av SIP. Den nya Länsöverenskommelsen behöver även innehålla strukturer och mandat för vem som äger frågan att följa upp och säkerställa att överenskommelsen är implementerad och levande i det dagliga arbetet. Reformen ställer stora krav på samarbete och gemensamt ansvarstagande mellan regioner och kommuner. Bedömningen är att det behöver finnas en gemensam ledningsstruktur som dels koordinerar genomförandet och säkerställer ett gemensamt ansvarstagande över huvudmannagränserna, dels verkar för att erforderliga beslut fattas i respektive region och kommun. Ledningsstrukturen kan vara en integrerad del av redan befintliga funktioner som även hanterar andra frågor. Det är särskilt lämpligt att på ledningsnivå integrera omställningen mot en god och nära vård och en tillgänglig och förebyggande socialtjänst med samsjuklighetsreformens genomförande.

Samsjuklighetsutredningen bedömer att deras förslag kommer leda till att heldygnsbehandling kommer att ske inom psykiatrisk slutenvård oftare än i dag, framför allt när det gäller vuxna. Av den anledningen finns det i enlighet med gjord översyn 2024 behov av att fatta beslut om att utöka med en Beroendeavdelning med 6-8 vårdplatser och 2 TNE-platser samt en utökning av vuxenpsykiatrins akutavdelning med 2 vårdplatser avskiljning. Det behövs även en egen slutenvårdsavdelning med fler platser för barnpsykiatriska patienter.

Kommunerna i länet gör inga egna ramavtalsupphandlingar gällande extern vård. SKR erbjuder genom dotterbolaget ADDA både nationella ramavtal för HVB-hem och stödboende som kommunerna är anslutna till. Det är rimligt att tro att SKR kommer att fortsätta vara ett stöd för både kommuner och regioner när det gäller upphandling utifrån samsjuklighetsutredningens behov.

Slutligen kan det som ett komplement till vård inom regionen och den externa vård som ibland avtalas finnas skäl att prioritera frågan angående att utreda behovet av ett gemensamt HVB i länet. Det arbetet är på gång via Kommunförbundet och ett utredningsuppdrag håller på att formuleras.

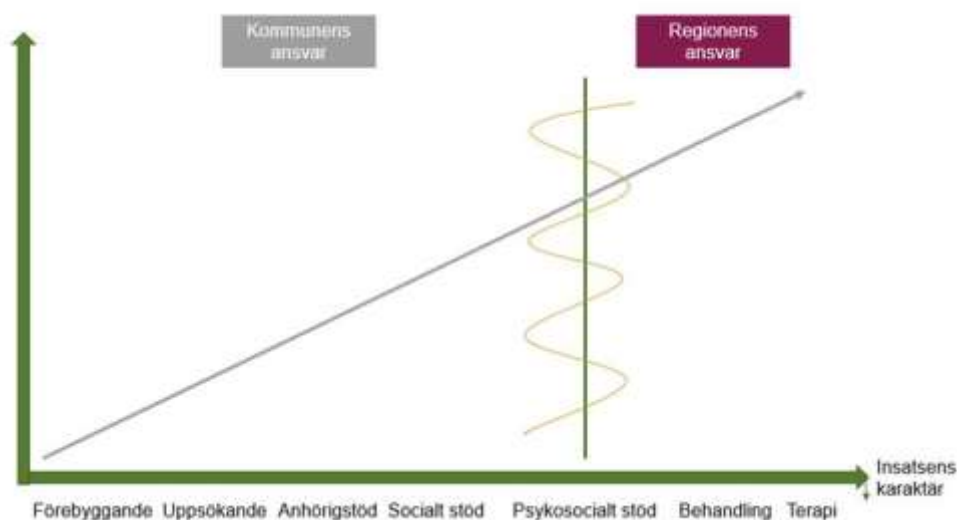
Önskade utvecklingsområden del 5

- Uppdaterad Länsöverenskommelse Riskbruk/Missbruk/Beroende
- Utöka antalet slutenvårdsplatser med en egen beroendeavdelning
- Tillskapa egen slutenvårdsavdelning för barnpsykiatri
- Utredda behovet av egna gemensamma HVB-hem

5.6. En samordnad vård- och stödverksamhet för de med stora samordningsbehov ska finnas överallt och bedrivs gemensamt av hälso- och sjukvård och socialtjänst.

Utredningen föreslår att det blir obligatoriskt för kommuner och regioner att gemensamt bedriva en samordnad vård- och stödverksamhet. Syftet med verksamheten är att genom samordnade och kontinuerliga vård- och stödinsatser som utgår från personens individuella mål, behov, resurser och sociala sammanhang främja deltagarnas hälsa, trygghet och levnadsvillkor. Verksamheten ska ha en gemensam ledning och styrning. Insatserna i verksamheten är frivilliga men ett motiverande arbete kan behöva ske för att förmå personer i målgruppen att ta emot hjälp.

Den samordnade verksamheten ska innehålla uppsökande arbete, hälso- och sjukvård- och socialtjänstinsatser samt samordning av insatser. Det finns ingen exakt gräns utan insatserna kommer delvis att gå in i varandra vilket nedan bild åskådliggör.



Tanken är att personer som ingår ska tilldelas en vård- och stödsamordnare. Regioner och kommuner har möjligheter att själva anpassa vilka yrkeskategorier som arbetar i verksamheten men verksamhetens syfte förutsätter att arbetet sker multiprofessionellt utifrån både hälso- och sjukvårdslagen och socialtjänstlagen.

Det finns flera evidensbaserade metoder för sådan integrering av insatser till målgruppen, såsom ACT (Acceptance and Comittment Therapy) och FACT (Flexible Assertive Community Treatment), men det är upp till regioner och kommuner som ingår i regionens område att avgöra vilken kunskapsbaserad metod som är lämplig för verksamheten.

- Första kriteriet för att tillhöra målgruppen är behovet av både hälso- och sjukvård- och socialtjänstinsatser. I många fall kommer det vara personer som har eller har haft sådana insatser, men där målen med insatserna inte uppnåtts eller där insatsen har avbrutits. I andra fall är det personer som inte tidigare har haft sådana insatser men har behov av det.
- Andra kriteriet anger att verksamheten vänder sig till personer som har en psykisk funktionsnedsättning av sådan art att det är nödvändigt med särskild samordning under längre tid för att insatserna ska kunna genomföras.

Det handlar om individer som inte tar emot insatser i ordinarie strukturer, där ofta många insatser i öppen och slutenvård prövats och där samordningsverktyg som SIP eller fast vårdkontakt inte är tillräckligt.

För att säkerställa en god vård och omsorg och för att lagens syfte ska kunna uppfyllas så behöver verksamheten organiseras på så sätt att det finns en gemensam styrning och ledning över verksamheten. Man behöver också hitta former för hur man anpassar verksamheten för att nå samsyn om behov och möjligheter utifrån individens kognitiva förmåga, sociala stabilitet och hälsa.¹⁰

Se nedan bild från Skaraborg.



5.6.1. Nulägesbild

Redan i februari 2015 behandlade SVOM en utredning och analysarbete kring integrerad verksamhet. Av protokollet framgår att Region Jämtland Härjedalen och länets kommuner då var överens om att gå vidare i arbetet med en gemensam integrerad missbruksenhet. Utgångspunkten var att hela länet på sikt skulle involveras men att själva uppbyggnadsarbetet skulle starta mellan Östersunds kommun och Regionen. Huvudmännens tjänstemän gjorde flera försök men kunde inte enas om formerna för lokalfrågan och organisatorisk form för en integrerad missbruksenhet.

¹⁰ Från delar till helhet – En reform för samordnade, behovsanpassade och personcentrerade insatser till personer med samsjuklighet (SOU 2021:93) s. 413 --

I dagsläget saknas det således samordnade tvärprofessionella verksamheter i länet där personer får en samtidig vård för skadligt bruk och beroende och psykisk ohälsa. Det närmaste länet kommer är den relativt nystartade Mini-Maria-verksamheten som vänder sig till personer upp till 21 år. Där finns en gemensam styrgrupp med representanter för båda huvudmännen, som har mandat att fatta beslut kring verksamhetens inriktning och utveckling. Till det finns även en daglig gemensam ledning i verksamheten samt ett gemensamt avtal för alla aktörer i länet. Den modellen för samverkan och styrning och ledning är framgångsrik och det kan ligga som grund för ett framtida arbete med att tillskapa fler samordnade verksamheter mellan länets kommuner och regionen.

Det finns även en samverkansöverenskommelse benämnd ”Länsöverenskommelse 2021–2023 Riskbruk/Missbruk/Beroende” mellan kommun och region men den används inte på det sätt som det är tänkt och både kommunerna och regionen tar genvägar. I den finns bland annat flertalet punkter för att fortsätta med erfarenhetsutbyten, gemensamma aktiviteter, chefsamverkan bl a genom LARO-konferenser, gemensamma utbildningar.

5.6.2. GAP och önskade utvecklingsområden

Länet behöver tillsammans organisera sig för att möta dem med störst behov och utgå ifrån vad som skapar värde för enskilda personer.

Det har gjorts kartläggningar i landet kring hur många integrerade verksamheter det finns och antalet är konstant ungefär 25. Verksamheterna i landet är utformade på olika sätt, alltifrån gemensamt uppsökande arbete till mobil beroendevård. En del regioner har även startat s k ACT team, mer eller mindre flexibla till sin form. Det finns lärdomar att dra av det som finns i landet för att utveckla verksamheter som passar för personer boende i Jämtland Härjedalen.

Länsöverenskommelsen Riskbruk/Missbruk/Beroende som var avsedd att gälla 2021–2023 har förlängts bland annat i avvaktan på Samsjuklighetsutredningen och är nu i behov av att uppdateras utifrån ny lagstiftning och för att överensstamma med förslagen i samsjuklighetsutredningen. Det finns behov av att tydliggöra de förnyade ansvarsområdena inom och mellan huvudmännen. Det blir även ännu viktigare att stärka samverkan mellan regionen och kommunerna för att bättre tillgodose behovet av vård, stöd och behandling för personer med skadligt bruk och beroende med eller utan kombination av psykisk ohälsa i hela länet.

Önskade utvecklingsområden del 6

- Skapa en ledningsstruktur eller infoga i befintliga strukturer - var fattas besluten?
- Ge i uppdrag att utarbeta formerna för en eller flera samordnade och integrerade vård -och stödverksamheter anpassat för vårt län och målgruppens behov
- Starta pilotprojekt i liten skala för att prova
- Uppdatera Länsöverenskommelsen Riskbruk/Missbruk/Beroende

5.7. Tillgången till personliga ombud ska öka för personer med samsjuklighet

Personliga ombud inrättades som en del av psykiatrireformen 1995.

Verksamheten med personligt ombud (PO) riktar sig till personer som är 18 år eller äldre, som har psykiska funktionsnedsättningar och betydande och väsentliga svårigheter att utföra aktiviteter på olika livsområden.

Verksamheten med personligt ombud syftar till att den enskilde ska:

- ha bättre möjligheter att påverka sin livssituation och vara delaktig i samhället,
- ha möjlighet att leva ett mer självständigt liv och få en bättre livssituation,
- ges möjligt att få tillgång till samhällets utbud av vård, stöd och service på jämlika villkor samt rättshjälp,
- få rådgivning och annat stöd utifrån sina egna önskemål och behov

Utredningen tydliggör att personer med en psykisk funktionsnedsättning på grund av ett skadligt bruk eller beroende ska kunna erbjudas stöd i form av personligt ombud om övriga förutsättningar är uppfyllda.

År 2024 hade 239 kommuner (83 procent) sådan verksamhet och det fanns totalt 315 ombud, räknat i heltidstjänster. Verksamheterna finansieras delvis med riktade statsbidrag som fördelas av Socialstyrelsen i samverkan med länsstyrelserna, och delvis av kommunerna själva.

Socialstyrelsen har på regeringens uppdrag gjort en kartläggning och analys av systemet med personligt ombud. Kartläggningen, som publicerades 2023, visar att de personer som fått stöd från ett personligt ombud haft stor nytta av insatsen, och de har bland annat fått hjälp med att rädda sin ekonomiska situation och avvärja vräkningshot. De har också fått hjälp i kontakter med Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen, psykiatrin och socialtjänsten. Personerna har fått hjälp att tillgodogöra sig samhällets stöd och flera vittnar också om att deras psykiska tillstånd blivit mycket bättre.

Staten höjer nu de permanenta medel som avsätts inom ramen för Förordning (2013:522) om statsbidrag till kommuner som bedriver verksamhet med personligt ombud för vissa personer med psykiska funktionsnedsättningar från 100 miljoner till 150 miljoner.

Av det ökade anslaget till personliga ombud ska 10 miljoner avsättas för att stärka samverkan med civilsamhället. Förordningen ändras på så sätt att samverkan med civilsamhället framgår som ett frivilligt kriterium. Kommuner som vill ta del av de extra medlen som avsätts för samarbete med frivilligorganisationer bör redovisa i ansökan vilka organisationer de ska samarbeta med och hur samarbetet ska se ut.¹¹

¹¹ Från delar till helhet – En reform för samordnade, behovsanpassade och personcentrerade insatser till personer med samsjuklighet (SOU 2021:93) s. 503-506

5.7.1. Nulägesbild

Vid möte med representanter för de personliga ombuden i länet beskriver de att det sedan 2023 finns sju personliga ombud och de är organiserade under Vård- och omsorgsförvaltningen i Östersund. Det betyder att de är placerade i Östersund och utgår därifrån men att de har sina respektive ansvarskommuner som länets kommuner köper. Personligt ombud är ett frivilligt stöd som vänder sig till den med långvarig psykisk ohälsa och är 18 år eller äldre. Att ha ett personligt ombud är ett tidsbegränsat stöd och med jämna mellanrum omprövas behovet.

För närvarande är det en ganska lång kö och varje uppdrag kan variera från att vara en kortare insats till uppdrag på mellan tre och nio månader. Insattiden påverkas även av de kötider som finns på andra enheter/myndigheter.

Uppdragen består av bland annat;

- bistå vid läkarbesök för att få hjälp att förtydliga/förstå
- rätt att ansöka om ersättning - ekonomi
- primärvårdskontakter i länet
- kontakt med boendestöd
- ansökan om God man
- kontakt med beroendeenheten
- ansökan om samtalsstöd
- hjälp till traumabehandling

De personliga ombuden samverkar idag även med kyrkan, Fontänhuset och flertalet brukarorganisationer.

Den målgrupp som ombuden arbetar med idag är framför allt personer med långvarig psykisk ohälsa. Det händer dock att de personer de arbetar med även har någon form av beroendeproblematik. Med anledning av reformen så kommer målgruppen att utökas till gruppen med samsjuklighet vilket kommer att innebära att det blir vanligare att arbeta även med personer med skadligt bruk och beroende.

5.7.2. GAP och önskade utvecklingsområden

Den nya målgruppen kommer enligt ombuden delvis att kräva nya arbetssätt, exempelvis ser de att de kommer att behöva arbeta mer uppsökande för att etablera en kontakt och ge det stöd den enskilde personen är i behov av. Insatsen bygger på personernas delaktighet och vilja till förändring och där kan förmåga och motivation påverkas av beroendeproblematiken. Det kommer därför även behövas mer stöd och samverkan med de professioner som arbetar med skadligt bruk och beroende.

Samtliga huvudmän kommer behöva förändra sina arbetssätt och arbeta mindre i stuprör och mer integrerat - hand i hand. Det är även tydligt att det kommer behövas en kulturförändring där personerna kan få ta del av de insatser som finns trots ett pågående missbruk.

Önskade utvecklingsområden del 7

- Se över resursförsörjningen så att det även möjliggör arbete med den utökade målgruppen
- Utbildning om skadligt bruk och beroende för att kunna arbeta med insats under pågående missbruk
- Utveckla samverkan med primärvården och beroendevården
- Utöka samverkan med frivilliga organisationer för att kunna ta del av statliga medel

5.8. Ett program för förstärkt brukarinflytande och minskad stigmatisering ska bedrivas tillsammans med patient-, brukar- och anhörigorganisationer.

Utredningen föreslår att Folkhälsomyndigheten ges i uppdrag att ansvara för ett femårigt nationellt program som syftar till att förstärka inflytande och att minska stigmatiseringen av personer med psykiatriska tillstånd inklusive skadligt bruk och beroende. Delar av uppdraget föreslås genomföras tillsammans med Socialstyrelsen. Programmet ska genomföras i samverkan med Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, Myndigheten för delaktighet samt i samarbete med berörda patient-, brukar- och anhörigorganisationer. Utredningen lämnar ett förslag om ett nationellt program för ökat kollektivt inflytande för och minskad stigmatisering av personer med samsjuklighet.

Kunskapen om metoder och arbetssätt som stärker den enskildes inflytande över vård- och stödinsatser behöver öka samt implementeras i högre utsträckning. Det behövs strukturer för systematiskt brukarinflytande. Verksamheterna behöver pröva olika former av inflytande och utvärdera insatserna tillsammans med de som varit delaktiga. Det behöver vara klart vad inflytandet syftar till, på vilka nivåer det ska ske och hur det ska genomföras.

Det är med andra ord viktigt att vi får i gång perspektivet att alla personer ska vara delaktiga i sin egen vård och i utvecklingen av vården. Det behöver göras uppföljningar över gränserna utifrån vad som skapar värde och inte utifrån hur många besök man har haft i en viss verksamhet.

Förslaget rör främst åtaganden på nationell nivå. Dock pekar utredningen på vikten av att i regioner och kommuner utveckla arbetet med brukarinflytande. I brukarråd ingår både representanter från brukarorganisationer och individer som rekryterats direkt från berörda verksamheter. Syftet med ett brukarråd är att skapa mer inflytande på individ-, verksamhets- och systemnivå inom hälso- och sjukvård och socialtjänst. Det ska bidra till ökad kvalitet, effektivitet och patientsäkerhet utifrån personernas perspektiv.

Ett sådant angreppssätt användes när det gäller psykisk ohälsa i den nationella kampanjen Hjärnkoll, som numera är ett riksförbund som förmedlar tjänster där personer med egen erfarenhet berättar om psykisk ohälsa. Utredningen bedömer att erfarenheterna från Hjärnkoll kan vara användbara i utformningen av information som utgår från de berättelser som personer med skadligt bruk, beroende och psykiatriska tillstånd har.¹²

5.8.1. Nulägesbild

På en övergripande strukturell nivå finns det en Överenskommelse om samarbete mellan kommunerna i Jämtlands län och region Jämtland Härjedalen gällande personer med psykisk funktionsnedsättning. Den antogs våren 2025 och där finns även ett stycke kring ökad delaktighet och brukarinflytande som anger hur vi gemensamt ser på frågan i vårt län. NSPH/ Hjärnkoll Jämtland Härjedalen deltog i arbetet med revidering av överenskommelsen som är ett underlag för dialog när det i samverkan mellan region och kommuner bedöms aktuellt att ha ett invånarperspektiv i utvecklings, förbättrings eller utredningsarbete.

Det finns även en Överenskommelse om idéburet offentligt partnerskap (IOP) mellan Region Jämtland Härjedalen och Nationell samverkan för psykisk hälsa Jämtland Härjedalen (NSPH JH) 2025-2026.

Syftet med partnerskapet och verksamheten är:

- Att främja inflytande och medbestämmande för personer med psykisk ohälsa samt deras anhöriga/efterlevande i regionen genom att skapa en stabil struktur mellan Region Jämtland Härjedalen och brukarorganisationer.

Partnerskapet utgår från delaktighetsfrågor utifrån ett övergripande och strategiskt perspektiv. I överenskommelsen ingår utbildningsinsatser och metodstöd för verksamheter inom Region Jämtland Härjedalen. Den reglerar dock inte brukarinflytande inom enskilda ärenden, på lokal nivå inom regionens olika verksamheter eller för synpunkts och avvikelshantering som hanteras av verksamheterna själva och/eller patientnämnden

Under arbetets gång har samverkan och informationsutbyte skett med representant från Hjärnkoll. De beskriver att det finns ett program för förstärkt brukarinflytande och minskad stigmatisering som ska bedrivas tillsammans med patient- brukar- och anhörigorganisationerna. Det nationella åtagandet har inte tagit form ännu, men i vårt län finns Hjärnkoll som gick samman med Nationell samverkan för psykisk hälsa, NSPH, 2025. Hjärnkoll arbetar för att minska stigma och öka öppenhet för psykisk ohälsa. I länet finns åtta föreningar med olika satsningar; skolsatsning med föreläsning för högstadiet och gymnasiet med handledning och diskussionsmaterial. De har ”Peer-support” där personer med egen erfarenhet blir professionellt verksamma för att stötta invånare i deras återhämtningsprocess. De finns också studiecirkel ”Din egen makt” vilket är ett material som handlar om att

¹² Från delar till helhet – En reform för samordnade, behovsanpassade och personcentrerade insatser till personer med samsjuklighet (SOU 2021:93) s. 495 --

ta makten över sitt eget liv. I länet går personer i denna cirkel i väntan på tid hos en remissinstans. Hjärnkoll har även en metodbok i brukarinflytande och en metod i brukarrevisioner. Det görs dock få brukarrevisioner och det saknas kunskap i länet om hur man gör dessa.

Jämtlands läns brukarråd har tidigare gjort ett par revisioner, men det har varit uppehåll sedan 2021. När de sedan blev NSPH Hjärnkoll Jämtland Härjedalen 2024 så utbildade de revisorer och samordnare och de kan med anledning av det ta på sig nya uppdrag. De uppger att de, beroende på storlek, har kapacitet att kunna genomföra tre brukarrevisioner per år. I det Lokala programområdet på regional nivå (LPO) som Hjärnkoll har tillsammans med Region Jämtland Härjedalen ligger brukarrevisioner som en samverkanspunkt under året.

Nämnas kan att 2025-10-10 arrangerar Riksförbundet Hjärnkoll och NSPH ett gemensamt event för att uppmärksamma Världsdagen för Psykisk Hälsa. Årets tema är skadligt bruk och beroende – ett område där stigma fortfarande är stort, men där berättelser och kunskap kan göra skillnad. Under dagen lanseras NSPH:s nya rapport, och där lyfter de personliga erfarenheter, forskning och samtal om vägar framåt.

5.8.2. GAP och önskade utvecklingsområden

De överenskommelser som finns i länet omfattar inte målgruppen med samsjuklighet. NSPH Hjärnkoll Jämtland Härjedalen finns och har metoder och arbetssätt som stärker den enskildes inflytande. De kan dock bara göra ett fåtal brukarrevisioner varje år varför arbetet behöver öka samt implementeras.

Hur får vi med brukarperspektivet i det dagliga arbetet? Som redovisats ovan finns redan många goda exempel på hur arbetet påbörjats runtomkring i länet. Det finns personliga ombud som en resurs för att öka brukarinflytandet. SIP är ju även det ett tydligt sätt att öka delaktigheten men det är ett område som behöver utvecklas och det arbetet pågår.

För att fortsätta utveckla arbetet så behöver länet även få i gång brukarråd på olika nivåer och öka brukarflytande i mötet i det dagliga arbetet. Verksamheter kan redan nu börja prova på olika former och vara tydlig med vad inflytandet syftar till, på vilka nivåer det ska ske och hur det ska genomföras.

Önskade utvecklingsområden del 8

- Kompetenshöjande insatser för att öka brukarinflytandet och minska stigmatiseringen av målgruppen samsjukliga.
- Utbildning och implementering av metodboken om Brukarinflytande
- Inrätta brukarråd

5.9. Sammanhållen uppföljning av området skadligt bruk och beroende ska ske utifrån målbilder som tagits fram tillsammans med personer med samsjuklighet och anhöriga.

En viktig del av kunskapsstyrning och en evidensbaserad praktik är uppföljning. För enskilda personer med samsjuklighet är det viktigt att vården och omsorgen följer upp att de får de insatser de behöver och vad insatserna får för resultat. Uppföljning på individnivå är också en förutsättning för att kunna sammanställa uppgifter på gruppnivå, som sedan kan användas i verksamhetsuppföljning och i nationell uppföljning. Det behövs en samlad uppföljning på nationell nivå. Dagens uppföljning av vården och omsorgen för personer med samsjuklighet har stora brister och saknar de mest grundläggande uppgifter som behövs för att beskriva vården på nationell nivå. Det går inte att säga hur många personer som får insatser, vilka insatser som erbjuds eller vad insatserna har för resultat. Förutsättningarna skiljer sig delvis åt när det gäller hälso- och sjukvården och socialtjänsten, men sammantaget saknas det förutsättningar för att ge en samlad bild av innehållet i och resultatet av hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens insatser för personer med samsjuklighet.

Socialstyrelsens förslag om ett utvidgat nationellt patientregister som inkluderar primärvården, och utredningen *Framtidens socialtjänsts* förslag om en ny lag om socialtjänstregister bör genomföras, för att förbättra förutsättningarna för uppföljning på nationell nivå. Uppföljningen behöver inkludera det personer med samsjuklighet tycker är viktigt vilket är en sammanhållen uppföljning som omfattar hälsa, relationer och andra sociala och psykosociala faktorer, eftersom dessa faktorer påverkar varandra.

I korthet inkluderar målbilderna bland annat vård och stöd som är lätt att hitta och komma i kontakt med, tillgång till fungerande behandling och möjlighet att välja utifrån sina förutsättningar, vård och stöd som hänger ihop som en helhet och som omfattar både beroende och psykisk ohälsa, en fungerande vardag, att bli lyssnad på och stärkt i sin egen förmåga och stöd till personens nätverk. Några av målbilderna kan bara mätas och följas upp genom att fråga personerna själva om deras uppfattning, och för alla målbilder är det viktigt att följa upp hur de upplevs av dem det berör. Men det kan också handla om att bättre kunna beskriva vilka insatser som erbjuds och hur de hänger ihop, och hur strukturer och resurser för en samordnad vård och omsorg ser ut i kommuner och regioner.

Regeringen bör därför ge i uppdrag åt lämplig myndighet att utforma ett system för uppföljning som bygger på de målbilder som tagits fram tillsammans med personer med samsjuklighet i stället för de uppföljningar som görs på nationell nivå idag

som oftare fokuserar på struktur och processer, än på vilka resultat som insatserna har för enskilda personer.¹³

5.9.1. Nulägesbild

Länet arbetar med uppföljning på olika sätt både i kommunerna och inom regionen, bland annat genom individbaserad systematisk uppföljning och olika brukarundersökningar. Det utförs dock inte några gemensamma uppföljningar utifrån de enskilda personernas egna målbilder. Den uppföljning som görs i dag utgår från de olika huvudmännens ansvarområden och inte gemensamt utifrån personens samlade behov.

5.9.2. GAP och önskade utvecklingsområden

Det sker inte några gemensamma utvärderingar av insatser tillsammans. I väntan på att regeringen ger i uppdrag åt lämplig myndighet att utforma ett system för uppföljning så står det oss fritt att på lokal nivå prova oss fram och utarbeta sätt för att börja utvärdera det gemensamma arbete vi gör med utgångspunkt från reformens framtagna målbilder.

Önskade utvecklingsområden del 9

- Att påbörja arbetet med att systematiskt kvalitetsarbete ska utgå från de framtagna målbilderna

5.10. En behovsanpassad tvångsvårdslagstiftning där hälso- och sjukvården ansvarar för tvångsvård för skadligt bruk och beroende ska utformas.

Tvångsvården ska vara en del av en sammanhållen vårdkedja. Vården som ges till personer med skadligt bruk och beroende behöver vara samordnad och ha så få övergångar mellan huvudmän som möjligt. I dag ges tvångsvården på statliga institutioner på uppdrag av socialtjänsten. Utredningen gör bedömningen att eftervården brister och att samarbete med psykiatri ofta saknas helt.

Tvångsvård för skadligt bruk eller beroende ska enligt utredningens förslag ges enligt lagen om psykiatrisk tvångsvård, förkortad LPT, på en sjukvårdsinrättning som drivs av regionen. Det innebär att LVM upphör och att Statens institutionsstyrelse inte längre ska ha uppdraget att bedriva tvångsvård för vuxna personer med skadligt bruk eller beroende.

Flera sammanställningar av forskning visar att tvångsvård i sig är av underordnad betydelse och endast har en kortsiktig och begränsad funktion. Framgångsfaktorer handlar snarare om behandlingsinsatser som matchar personens behov, bemötande,

¹³ Från delar till helhet – En reform för samordnade, behovsanpassade och personcentrerade insatser till personer med samsjuklighet (SOU 2021:93) s. 486 --

väl fungerande behandlingsallianser, interaktion med nätverk, en fungerande eftervård och tillgång till frivilliga behandlingsinsatser. Tvångsvården bör således vara en så liten del av vårdkedjan som möjligt och insatser innan och efter tvångsvården behöver få ökat fokus. Utredningen lämnar förslag om att socialtjänsten aktivt ska arbeta för att en person som vårdats enligt LPT och LRV efter vårdtiden får bostad, sysselsättning, arbete eller utbildning samt personligt stöd för att kunna leva ett självständigt liv. Socialnämnden kan i och med detta komma att behöva utveckla nya boendeinsatser och sysselsättningsformer och andra typer av insatser för att fullgöra sitt ansvar.

I socialtjänstlagen införs en ny bestämmelse att socialnämnden ska anmäla till regionens hälso- och sjukvård om de får kännedom om en person där det finns skälig anledning att anta att det finns ett behov av sluten psykiatrisk vård och den enskilde motsätter sig att frivilligt söka sådan vård.

I slutbetänkandet föreslås även att regionerna ska ha huvudansvar för tillnyktring. Personer som omhändertas med stöd av LOB befinner sig i en mycket utsatt situation och det kan finnas allvarliga hälsofaror med tillståndet. Varje år är det flera personer i landet som dör i arresten. Trots lagstiftarens avsikt tillnyktrar ca 70% i arresten. Det är inte lämpligt att det är polisen som får avgöra när ett tillstånd är så allvarligt att det kräver läkarvård, eftersom myndigheten saknar den medicinska kompetensen för det uppdraget.¹⁴

5.10.1. Nulägesbild

Detta område har inte hanterats lika ingående i kartläggningen då tvångsvårdslagstiftningen är en av huvudfrågorna som samsjuklighetsdelegationen ska se över. Det finns dock delar som redan nu kan påbörjas oavsett om tvångsvårdslagstiftningen förändras eller ej.

I samband med referenssamtal med representanter från polismyndigheten så har det framkommit att vad gäller arbetet med personer som omhändertas med stöd av LOB så bedömer de att nedläggningen av TNE har bidragit till en försvårande situation för arbetet och de omhändertaganden som polisen tvingas göra.

När det gäller personer i länet som vårdas enligt LVM så finns det luckor i vårdkedjan från LVM-vård till öppenvård och även i samplanering med psykiatri.

5.10.2. GAP och önskade utvecklingsområden

Utgångspunkten är att tillnyktring och LOB kommer att bli ett ansvar för regionen. Det finns med anledning av det skäl att så snart som möjligt börja ett förberedelsearbete och utarbeta en plan för hur regionen ska ta sig an de förändringar som det kommer att innebära, som exempelvis behovet att öka antalet vårdplatser för beroendeproblematik.

¹⁴ Från delar till helhet – En reform för samordnade, behovsanpassade och personcentrerade insatser till personer med samsjuklighet (SOU 2021:93) s. 552 --

Vad gäller de personer som idag vårdas enligt LVM och de insatser som behövs för att få till en fungerande vårdkedja så handlar det om insatser som kommer vara båda huvudmännens ansvar. Regionen kommer ha ansvar för fortsatt öppenvårdsbehandling och kommunerna kommer ha ansvar utifrån sitt grundläggande uppdrag att personen efter vårdtiden får bostad, sysselsättning, arbete eller utbildning samt personligt stöd för att kunna leva ett självständigt liv. Det uppdraget kan därför börja förberedas redan nu oavsett om tvångsvårdslagstiftningen förändras eller ej. Det handlar både om att respektive huvudman förbereder sig för att bättre kunna möta behoven som om behovet att samordna de insatser som bör ske i samverkan med varandra.

Önskade utvecklingsområden del 10

- Kommunerna behöver successivt planera för åtgärder för att möta utvecklingsbehoven i sina verksamheter när det gäller boende och andra sociala stödinsatser.
- Regionen behöver börja förbereda sig för att ta emot personer som omhändertagits enligt LOB på tillnyktringsenhet, inom slutenvården eller på annat sätt.

6. Slutord

Sammanfattningsvis finns det behov av utveckling och förändring som täcker samtliga delar i reformens förslag. Under varje del finns de beskrivna mer specifikt men de övergripande och önskade utvecklingsområdena är;

- Övergripande ledningsstruktur både inom regionen och inom kommunerna samt i vissa delar även gemensamt – i befintliga strukturer eller i nya.
- Utforska vilka samverkansbehov som finns inom regionen, mellan kommun och region och mellan kommunerna för att uppnå reformens målsättning med samordnade, behovsanpassade och personcentrerade insatser.
- Behov av att se över hur organisationerna bäst utformas för att vara anpassade för den förändring reformen kommer medföra.
- Utarbeta nya styrdokument och rutiner.
- Kompetensutveckling och kompetensförsörjning i samtliga led.
- Kulturarbete i alla led; från styrning och ledning genom organisationerna till de som arbetar med aktuell målgrupp.